

Microalbuminuria (MA) has been established as an early marker of both diabetic nephropathy and vascular disease in patients with diabetes mellitus.

Objectives of the study: Surveying microalbuminuria and related factors in patients with diabetes mellitus type 2. **Methods:** Cross-sectional description was performed on 60 patients with diabetes mellitus type 2. **Results:** (1) MAU (+) was found in 66,7% of the sample; (2) MAU (+) was positively related to the duration of diabetes ($p = 0,012$), the presence of hypertension ($OR=5,67$; $p=0,04$; $CI95\%:1,65-19,46$), high waist circumference ($OR=5,67$; $p=0,04$; $CI95\%:0,05-0,61$), levels of HDL-C $< 0,9$ mmol/L ($OR=3,5$; $p=0,028$; $CI95\%:1,11-11,02$), fasting plasma glucose ≥ 7 mmol/L ($OR=4,0$; $p=0,017$; $CI95\%:1,24-12,89$) and HbA1C $\geq 7\%$ ($OR=4,33$; $p=0,01$; $CI95\%:1,39-13,56$). **Conclusion:** The prevalence of MAU (+) in patients with diabetes type 2 in this study was high. The duration of diabetes, the presence of hypertension, high waist circumference, levels of HDL-C $< 0,9$ mmol/L, poor blood sugar control were significantly associated with presence of MAU (+) in patients with diabetes mellitus type 2.

Key words: MAU, diabetes mellitus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến chứng thận do đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những biến chứng mạn tính hay gặp nhất ở bệnh nhân đái tháo đường, là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh thận mạn ở các nước phát triển. Theo báo cáo ở Mỹ có khoảng 4000 trường hợp bệnh thận mạn giai đoạn cuối do đái tháo đường mới xuất hiện hàng năm. Ở Singapor năm 2000, đái tháo đường chiếm gần một nửa trong số các nguyên nhân gây bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Sự gia tăng số lượng bệnh nhân bị bệnh thận mạn giai đoạn cuối do đái tháo đường là một vấn đề sức khỏe toàn cầu.

Tại Việt Nam, qua các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến chứng thận do đái tháo đường khoảng 30%. Tác giả Hồ Hữu Hóa (2009) nghiên cứu trên 116 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 chưa có protein niệu đại thể điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên cho thấy tỷ lệ microalbumin niệu dương tính là 45,7%.

Điều trị bệnh lý thận do đái tháo đường thường phức tạp, tốn kém, đặc biệt là bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Microalbumin (MAU) niệu là một trong những dấu hiệu có giá trị chỉ điểm tổn thương thận sớm [8]. Nếu phát hiện được ở giai đoạn này và có biện pháp điều trị tích cực thì có thể ngăn chặn sự tiến triển của bệnh thận mạn. Hiện nay, vấn đề biến chứng thận do đái tháo đường đã được quan tâm nhiều hơn, đặc biệt là phát hiện sớm tổn thương thận do đái tháo đường thông qua xét nghiệm microalbumin niệu. Xuất phát từ vấn đề đó, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Khảo sát microalbumin*

niệu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân Đái tháo đường typ 2 điều trị nội trú tại khoa Nội tiết – Đái tháo đường, Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán Đái tháo đường typ 2 theo ADA 2019 và ĐTĐ typ 2 theo WHO.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân có các biến chứng nặng, cấp tính như hôn mê nhiễm toan ceto, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu, nhiễm trùng cấp.

+ Bệnh nhân bị mắc các bệnh thận như: nhiễm trùng tiết niệu, sỏi tiết niệu, đái máu đại thể hoặc vi thể, sỏi tiết niệu, ...

+ Bệnh nhân đang trong đợt mất bù của suy tim, xơ gan, bệnh nhân đang có thai hoặc đang trong thời kỳ kinh nguyệt.

+ Bệnh nhân có tăng huyết áp ác tính.

+ Bệnh nhân ĐTĐ typ 2 đã có protein niệu đại thể.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang có phân tích

- Cỡ mẫu: 60 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu:

+ Đo chỉ số khối cơ thể (BMI): Đánh giá chỉ số BMI theo khuyến cáo của WHO đề nghị cho khu vực Châu Á – Thái Bình Dương năm 2000.

+ Đo vòng bụng, vòng hông và tính chỉ số B/M.

+ Đo huyết áp và chẩn đoán, phân độ huyết áp theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam năm 2018.

+ Xét nghiệm glucose máu lúc đói, bilan lipid máu trên máy xét nghiệm sinh hóa AU640 của hãng Beckman Coulter tại khoa Hóa sinh, Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An.

+ Xét nghiệm HbA1C bằng phương pháp miễn dịch đo độ đục với thuốc thử và chuẩn của hãng Roche.

+ Định lượng MAU theo nguyên lý đo độ đục miễn dịch trên máy Clinitek Novus của hãng Siemens.

3. Xử lý số liệu

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Sử dụng ANOVA test để so sánh trung bình các quan sát nếu biến có phân bố chuẩn.

- Sử dụng test χ^2 để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ phần trăm.

- Yếu tố nguy cơ được tính bằng tỷ suất chênh OR với độ tin cậy 95%.

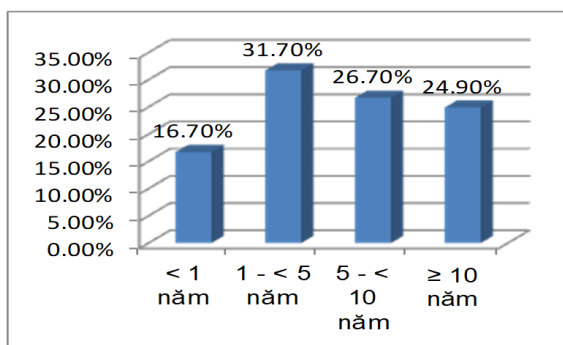
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
< 50	5	8,33	2	3,33	7	11,66
50 - 59	3	5,00	1	1,67	4	6,67
60 - 69	12	20,00	11	18,33	23	38,33
≥ 70	15	25,00	11	18,33	26	43,33
Tổng số	35	58,33	25	41,67	60	100

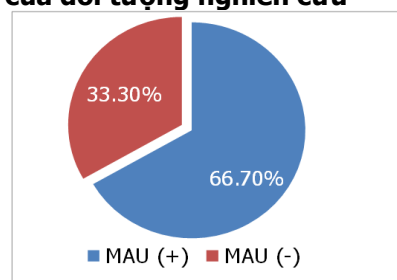
Nhận xét: Độ tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ cao với 81,66%, trong đó nhóm tuổi từ 70 trở lên chiếm tỷ lệ cao với 43,33%.



Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo thời gian phát hiện bệnh

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện ĐTĐ từ 1 đến dưới 5 năm có tỷ lệ cao nhất là 31,7%.

2. Microalbumin niệu và các yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 2. Tỷ lệ MAU (+) của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Trong 60 bệnh nhân nghiên cứu, có 40 bệnh nhân có MAU dương tính chiếm tỷ lệ 66,7%.

Bảng 3. Liên quan giữa MAU với giới tính và thời gian phát hiện đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số		MAU (+)		MAU (-)		p
		n	%	n	%	
Giới	Nam	26	74,3	9	25,7	p = 0,14
	Nữ	14	56,0	11	44,0	
Thời gian phát hiện bệnh	< 1 năm	3	30,0	7	70,0	p = 0,012
	1 - < 5 năm	11	57,9	8	42,1	
	5 - < 10 năm	13	81,2	3	18,8	
	≥ 10 năm	13	86,7	2	13,3	

Nhận xét: Tỷ lệ MAU (+) tăng dần theo thời gian phát hiện bệnh ($p < 0,05$) và không nhận thấy mối liên quan với giới tính ($p > 0,05$).

Bảng 4. Liên quan giữa MAU với một số chỉ số lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số		MAU (+)		MAU (-)		OR, CI95%, p
		n	%	n	%	
Huyết áp	THA	34	77,3	10	22,7	OR=5,67; p=0,04; CI95% (1,65-19,46)
	Không THA	6	37,5	10	62,5	
BMI	≥ 23	17	77,3	5	22,7	OR=2,22; p=0,185; CI95% (0,14-1,48)
	< 23	23	60,5	15	39,5	
Vòng bụng	Bình thường	6	37,5	10	62,5	OR=5,67; p=0,04; CI95% (0,05-0,61)
	Tăng	34	77,3	10	22,7	
Chỉ số B/M	Bình thường	3	33,3	6	66,7	OR=5,29; p=0,021; CI95% (1,16- 24,1)
	Tăng	37	72,5	14	27,5	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân đái tháo đường kèm theo THA, vòng bụng và chỉ số B/M tăng có nguy cơ có MAU dương tính cao hơn.

Bảng 5. Liên quan giữa MAU với các nồng độ lipid máu của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số lipid máu		MAU (+)		MAU (-)		OR, CI95%, p
		n	%	n	%	
Cholesterol toàn phần	> 5,2 mmol/L	13	61,9	8	38,1	OR=0,77; p=0,556; CI95% (0,24-2,2)
	≤ 5,2 mmol/L	27	69,2	12	30,8	
Triglycerid	≥ 2,3 mmol/L	12	63,2	7	36,8	OR=0,8; p=0,695; CI95% (0,25-2,49)
	< 2,3 mmol/L	28	68,3	13	31,7	
LDL-C	> 3,4 mmol/L	13	65,0	7	35,0	OR=0,89; p=0,85; CI95% (0,29-2,77)
	≤ 3,4 mmol/L	27	67,5	13	32,5	
HDL-C	< 0,9 mmol/L	24	80,0	6	20,0	OR=3,5; p=0,028; CI95% (1,11- 11,02)
	≥ 0,9 mmol/L	16	53,3	14	46,6	

Nhận xét: Trong các chỉ số của bilan lipid máu, nhận thấy ở nhóm bệnh nhân có nồng độ HDL-C dưới 0,9 mmol/L thì có nguy cơ MAU (+) cao hơn với $p < 0,05$.

Bảng 6. Liên quan giữa MAU với nồng độ glucose máu lúc đói và HbA1C của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số		MAU (+)		MAU (-)		OR, CI95%, p
		n	%	n	%	
Glucose máu đói	≥ 7 mmol/L	32	76,2	10	23,8	OR=4,0; p=0,017; CI95% (1,24-12,89)
	< 7 mmol/L	8	44,4	10	55,6	
HbA1C	≥ 7%	28	80,0	7	20	OR=4,33; p=0,01; CI95% (1,39-13,56)
	< 7%	12	48,0	13	52	

Nhận xét: Nồng độ glucose máu lúc đói ≥ 7 mmol/L và HbA1C ≥ 7% đều làm tăng nguy cơ có MAU dương tính ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong số 60 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 chưa có protein đại thể thì 40 bệnh nhân có MAU dương tính chiếm 66,7%. Như vậy mặc dù theo phương pháp định lượng protein niệu thông thường hoàn toàn chưa có protein niệu nhưng khi làm xét nghiệm MAU thì thấy 2/3 trong số đó đã bắt đầu có tổn thương màng lọc cầu thận với bằng chứng là MAU dương tính. Nghiên cứu của Nguyễn Khoa Diệu Vân (2000) trên 40 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 thì tỷ lệ MAU (+) là 31,6% [3]. Nghiên cứu của Trần Xuân Trường (2008) trên 68 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 cho thấy tỷ lệ MAU (+) là 33,8% [2]. Nghiên cứu của Afkhami-Ardekani và cộng sự (2008) trên 288 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 cho thấy tỷ lệ MAU dương tính là 14,2% [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ MAU (+) ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 ở nam giới là 74,3% và ở nhóm bệnh nhân nữ là 56,0%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Aneesah A AlFehaid (2017) trên bệnh nhân ĐTĐ typ 2 cho thấy tỷ lệ MAU (+) ở nhóm bệnh nhân nữ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân nam với $p < 0,027$ [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện ĐTĐ typ 2 từ 10 năm trở lên có tỷ lệ MAU (+) cao nhất với tỷ lệ 86,7% và có mối liên quan giữa thời gian phát hiện bệnh với tỷ lệ MAU (+) với $p = 0,012$. Tỷ lệ

MAU (+) có xu hướng tăng theo thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường. Nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện đái tháo đường dưới 1 năm có tỷ lệ MAU (+) là 30,0% và sau 10 năm là 86,7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Xuân Trường, Nguyễn Chí Dũng [3]. Nghiên cứu của Pasko N và cộng sự (2013) trên 211 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cho thấy thời gian mắc bệnh đái tháo đường là yếu tố nguy cơ độc lập cho sự xuất hiện MAU (OR:2,785, CI95%:1,156-3,759) [6]. Nghiên cứu của OJ Molefe-Baikai và cộng sự (2018) trên 289 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cho thấy thời gian bị đái tháo đường có liên quan chặt chẽ với sự xuất hiện MAU [6].

Hiện nay tình trạng thừa cân và béo phì đang có xu hướng gia tăng ở các nước phát triển và các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Các nghiên cứu đều cho thấy béo phì là yếu tố nguy cơ quan trọng của đái tháo đường typ 2 và tổn thương tim mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân có thể trạng trung bình và thừa cân, chỉ có 6,67% bệnh nhân có thể trạng gầy. Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa BMI và MAU (+) ở nhóm đối tượng nghiên cứu. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 77,3% số bệnh nhân MAU (+) có chỉ số vòng bụng tăng, và kết quả cũng cho thấy bệnh nhân chỉ số vòng bụng tăng có nguy cơ MAU (+) cao gấp 5,67 lần so với nhóm bệnh nhân có

vòng bụng bình thường ($p < 0,05$). Kết quả của nghiên cứu này cũng cho thấy tỷ lệ MAU (+) ở đối tượng nghiên cứu có liên quan đến chỉ số vòng bụng/vòng hông, 72,5% nhóm bệnh nhân có MAU (+) có tỷ lệ vòng bụng/vòng hông tăng. Những bệnh nhân có tỷ lệ vòng bụng/vòng hông tăng có nguy cơ MAU (+) cao gấp 5 lần người có chỉ số vòng bụng/vòng hông bình thường. Nghiên cứu của Pasko N và cộng sự (2013) trên 211 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cho thấy chỉ số vòng bụng là yếu tố nguy cơ độc lập cho MAU (+) với $OR = 2,15$ và $CI_{95\%} (1,01-5,45)$ [6]. Tuy nhiên nghiên cứu của Aneesah A AlFehaid (2017) nhận thấy MAU (+) có liên quan với chỉ số BMI với $p < 0,02$ [5].

Một trong những biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 là tăng huyết áp, đây là một trong những yếu tố nguy cơ độc lập cho tổn thương tim mạch và thận ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp là 73,34%. Nghiên cứu của Trịnh Thị Thái (2013) tại Bệnh viện lão khoa trung ương là 66,87%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ MAU (+) ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường có tăng huyết áp là 77,3% cao hơn so với nhóm bệnh không có tăng huyết áp là 37,5%. Những bệnh nhân đái tháo đường có tăng huyết áp thì nguy cơ MAU (+) cao gấp 5,67 lần so với nhóm bệnh nhân không có tăng huyết áp kèm theo ($OR=5,67$; $p=0,04$; $CI_{95\%}:1,65-19,46$). Tăng huyết áp tâm thu là yếu tố quan trọng trong tổn thương thận do đái tháo đường, tăng huyết áp và bệnh thận làm nặng hơn bệnh cảnh của nhau, góp phần tạo nên vòng xoắn tiến triển của tăng huyết áp, bệnh thận và tổn thương tim mạch. Nghiên cứu của Pasko N và cộng sự cho thấy huyết áp tâm thu làm tăng nguy cơ MAU 2,28 lần ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2[7]. Tương tự nghiên cứu của Aneesah A AlFehaid sự xuất hiện MAU ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có liên quan với tình trạng tăng huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 [5].

Rối loạn lipid máu là một yếu tố quan trọng góp phần làm tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. Người bệnh đái tháo đường có ý lệ rối loạn lipid máu cao gấp 2 – 3 lần người bình thường. Các nghiên cứu cho thấy 70 – 100% bệnh nhân đái tháo đường có bất thường ít nhất một thành phần lipid máu. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn lipid máu là 75,0%, thường gặp là giảm HDL-C đơn thuần là 25,0% và rối loạn lipid máu phối hợp là 45,0%. Trong nghiên cứu của chúng

tôi nhóm bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có HDL-C $< 0,9$ mmol/L có tỷ lệ MAU (+) là 80,0% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có HDL-C $\geq 0,9$ mmol/L với $p < 0,05$. Phân tích nguy cơ cho thấy ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có nồng độ HDL-C $< 0,9$ mmol/L có nguy cơ MAU (+) cao gấp 3,5 lần so với nhóm bệnh nhân có nồng độ HDL-C $\geq 0,9$ mmol/L với $OR=3,5$; $p=0,028$; $CI_{95\%} (1,11- 11,02)$. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy không có mối liên quan giữa tăng Cholesterol toàn phần, tăng Triglycerid và LDL-C với sự xuất hiện MAU (+) ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. Nghiên cứu của OJ Molefe-Baikai và cộng sự (2018) cho thấy nồng độ triglyceride cao có liên quan với sự xuất hiện MAU (+) [7]. Nghiên cứu của Aneesah AlFehaid và cộng sự (2017) lại cho thấy sự xuất hiện MAU (+) ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có liên quan với sự tăng nồng độ LDL-C nhưng không liên quan với HDL-C [5].

Kiểm soát tốt đường máu là mục tiêu quan trọng để dự phòng các biến chứng đái tháo đường trong đó có tổn thương thận. Nhiều nghiên cứu cho thấy có mối tương quan rõ rệt giữa glucose máu đối với các biến chứng mạch máu ở bệnh nhân đái tháo đường. Nghiên cứu UKPD trên hơn 4000 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cho thấy cứ giảm 1% HbA1C thì giảm 25% nguy cơ biến chứng mạch máu nhỏ, giảm 18% nguy cơ nhồi máu cơ tim. Nghiên cứu của chúng tôi trên 60 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 thì có 40 bệnh nhân có mức glucose máu lúc đói ≥ 7 mmol/L, trong đó MAU (+) chiếm 76,2%. HbA1C $\geq 7\%$ có 35 bệnh nhân, trong đó MAU (+) là 80%. Như vậy có thể nhận thấy rằng tình trạng kiểm soát đường máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 chưa được tốt. So sánh về nồng độ glucose máu đói và HbA1C giữa hai nhóm bệnh nhân MAU (+) và MAU (-) chúng tôi cũng nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khi phân tích tình trạng kiểm soát đường máu với nguy cơ xuất hiện MAU ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2, kết quả nghiên cứu ở bảng 6 cho thấy: ở bệnh nhân có đường máu đói ≥ 7 mmol/L thì nguy cơ xuất hiện MAU (+) gấp 4 lần so với bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có đường máu lúc đói < 7 mmol/L ($OR=4,0$; $p=0,017$; $CI_{95\%}: 1,24-12,89$); kết quả tương tự với HbA1C, ở bệnh nhân có HbA1C $\geq 7\%$ thì nguy cơ xuất hiện MAU(+) gấp 4,33 lần so với bệnh nhân có HbA1C $< 7\%$ ($OR=4,33$; $p=0,01$; $CI_{95\%}: 1,39-13,56$). Nhiều nghiên cứu cơ thể thấy kiểm soát đường máu tốt góp phần làm giảm biến chứng tim mạch và biến chứng thận ở bệnh

nhân đái tháo đường. Khi bệnh nhân đái tháo đường đã xuất hiện MAU thì vấn đề kiểm soát đường máu cần phải được quan tâm hơn nhằm hạn chế sự tiến triển tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 [8]. Nghiên cứu của N Pasko và cộng sự (2013) cho thấy kiểm soát kém đường máu là yếu tố nguy cơ độc lập cho sự xuất hiện MAU (OR: 4,51, CI95%: 1,45-13,98). Nghiên cứu của Aneesah AIFehaid (2017) cho thấy MAU (+) ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có liên quan đến sự kiểm soát đường máu [5].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ MAU (+) ở bệnh nhân đái tháo đường cao. Thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường typ 2, vòng bụng tăng, tăng huyết áp, chỉ số HDL-C giảm và kiểm soát đường máu kém là các yếu tố nguy cơ cho sự xuất hiện microalbumin niệu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trung Oân (2007)**, Đái tháo đường và điều trị, Nhà xuất bản Y học.
2. **Trần Xuân Trường, Nguyễn Chí Dũng (2008)**, Nghiên cứu nồng độ microalbumin niệu chẩn đoán sớm biến chứng thận trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2, Tạp chí Y học thực hành, 1 (594 +

595): 34-37.

3. **Nguyễn Khoa Diệu Vân (2006)**, Đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị tích cực để hạn chế các yếu tố nguy cơ đối với bệnh lý mạch máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 mới phát hiện, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Afkhami-Ardekani M, Modarresi M, Amirchaghmaghi E (2008)**, Prevalence of microalbuminuria and its risk factors in type 2 diabetic patients, Indian J Nephrol, 18(3): 112-117.
5. **Aneesah AIFehaid (2017)**, Prevalence of microalbuminuria and its correlates among diabetic patients attending diabetic clinic at National Guard Hospital in Alhasa, Journal of Family and Community Medicine, 24 (1).
6. **Molefe-Baikai OJ, M Molefi, F Cainelli, GM Rwegerera (2018)**, The prevalence of microalbuminuria and associated factors among patients with type 2 diabetes mellitus in Botswana, Original Article, 21(11).
7. **Pasko N, F Toti, A Strakosha, E Thengjilli (2013)**, Prevalence of microalbuminuria and risk factor analysis in type 2 diabetes patients in Albania: the need for accurate and early diagnosis of diabetic nephropathy, Hippokratia, 17(4): 337-341.
8. **Rabie E. EI Bahansy, Omaima A. Mahrous, Mahmod E. Abu Salen (2013)**, The role of microalbuminuria in population screening for chronic kidney disease in an Egyptian village, Original Article, 26(1): 18-22.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT KHỐI TÁ TUY BẢO TỒN MÔN VỊ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Mạnh Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị điều trị bệnh lý vùng đầu tụy tá tràng và quanh bóng Vater tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 75 trường hợp được mổ cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị tại Bệnh viện Bạch Mai từ 2015 đến 2020. **Kết quả:** 75 trường hợp bệnh lý vùng đầu tụy tá tràng và quanh bóng Vater bao gồm 49 nam và 26 nữ, độ tuổi trung bình là 56,5 đã được phẫu thuật cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị trong đó u đầu tụy là 41,3%, u Vater là 40%, u phần thấp ống mật chủ là 14,7%, u tá tràng là 4,0 %. Thời gian mổ trung bình là 265,5±32,3 phút, Thời gian nằm viện sau mổ là 12,7 ± 4,8 ngày. Tỷ lệ tử vong sau mổ là 4,0 % do rò miệng nối tụy ruột. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 18,6% trong đó rò mật là 5,3%, chậm lưu thông dạ dày là

6,6%, áp xe tồn dư là 2,6%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt đầu tụy tá tràng bảo tồn môn vị là một kỹ thuật hiệu quả an toàn rút ngắn thời gian phẫu thuật, không có hội chứng sau cắt đoạn dạ dày, phục hồi sau mổ nhanh. Rò tụy vẫn là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong sau mổ, chuẩn bị trước mổ tốt, kinh nghiệm của phẫu thuật viên là yếu tố làm giảm tỉ lệ biến chứng.

Từ khóa: cắt khối tá tụy bảo tồn môn vị, cắt khối tá tụy.

SUMMARY

PYLORUS PRESEVING PANCREATICODUODENECTOMY AT BACH MAI HOSPITAL

Subject: Pylorus preserving pancreaticoduodenectomy. **Aims:** the results of Pylorus preserving pancreaticoduodenectomy for diseases of the head of pancreas and periampulla at Bach Mai hospital. **Material and methods:** descriptive retrospective study of 75 patients were underwent pylorus preserving pancreaticoduodenectomy at the General Surgery Department, Bach Mai Hospital in the period from 2015 – 2020. **Results:** 75 cases with diseases of the head pancreas

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng
Email: tranmanhhungngoaimb@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.01.2021
Ngày phản biện khoa học: 26.2.2021
Ngày duyệt bài: 8.3.2021